

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 20 juillet 1892, à 1 heure

Par LÉON CALLET

Né à Maroilles (Nord), le 29 janvier 1860

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Ex-interne de la Clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts

Ex-interne des hôpitaux du Havre

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE
A FORME PROLONGÉE

Président : M. STRAUS, professeur.

Juges : MM. } LUTZ, professeur.
KIRMISSON, NETTER, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 20 juillet 1892, à 1 heure

Par LÉON CALLET

Né à Maroilles (Nord), le 29 janvier 1860

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Ex-interne de la Clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts

Ex-interne des hôpitaux du Havre

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE
A FORME PROLONGÉE

Président : M. STRAUS, professeur.

*Juges : MM. } LUTZ, professeur.
 } KIRMISSON, NETTER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Docteurs Professeurs.		M. BROUARDEL
Anatomie.		MM.
Physiologie.		FARABEUF
Physique médicale.		CH. RICHEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GARIEL.
Histoire naturelle médicale		GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales.		BAILLON.
Pathologie médicale.		BOUCHARD.
Pathologie chirurgicale.		DIEULAFOY
Anatomie pathologique.		DEBOVE
Histologie.		LANNELONGUE.
Opérations et appareils.		CORNIL.
Pharmacologie.		MATHIAS DUVAL.
Thérapeutique et matière médicale.		TILLAUX.
Hygiène.		N.
Médecine légale		HAYEM.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		PROUST.
Pathologie comparée et expérimentale.		BROUARDEL.
Clinique médicale.		LABOULBÈNE.
Maladie des enfants.		STRAUS.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		G. SÉE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		POTAIN.
Clinique des maladies du système nerveux.		JACCOUD.
Clinique chirurgicale.		PETER.
Clinique des maladies des voies urinaires.		GRANCHER.
Clinique ophthalmologique.		BALL.
Cliniques d'accouchements.		FOURNIER.
		CHARCOT.
		VERNEUIL.
		LE FORT.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
		GUYON.
		PANAS.
		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLÉY	POIRIER, chef	RICARD
BRISAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DÉJERINE	MARIE	RETTÉRE	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MON BEAU-PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR STRAUS

Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

A FORME PROLONGÉE

La fièvre typhoïde a été l'objet de travaux très-nombreux et le type classique de cette affection est aujourd'hui connu à fond. Cependant, les formes anormales de la dothiéntérie, bien qu'ayant donné lieu à de nombreuses observations ont été beaucoup moins travaillées.

Sur les conseils de M. le D^r Gilbert, agrégé de la faculté, il nous a paru intéressant de rappeler une forme assez rare, la fièvre typhoïde prolongée.

Avant d'aborder notre sujet, il est, je crois, nécessaire de rappeler sommairement les phases que traverse la fièvre continue classique. C'est ce que nous allons faire de la façon la plus succincte.

Les auteurs sont d'accord pour admettre dans la dothiéntérie trois périodes :

Première Période. — Dans cette période se rencontrent les troubles digestifs (langue blanche, appétit nul, diarrhée) et les phénomènes nerveux (céphalalgie frontale,

bourdonnements d'oreille, hébétude). Si nous ajoutons la douleur dans la fosse iliaque droite, le gonflement de la rate, le dicrotisme du pouls et l'apparition des taches rosées lenticulaires, nous aurons passé en revue les principaux symptômes qui caractérisent la période d'invasion.

Deuxième période. — Vers le douzième jour on voit apparaître le délire, souvent nocturne et d'ordinaire tranquille. Le délire furieux, avec soubresauts des tendons, contractions partielles, etc., est beaucoup plus rare. Vers ce moment, la langue devient fuligineuse, il y a incontinence des matières, quelquefois rétention d'urine, etc.

Troisième période. — Les phénomènes généraux s'amendent, l'appétit revient au malade et la fièvre va en diminuant.

Nous avons laissé à dessein de côté un des symptômes les plus importants de la fièvre typhoïde, c'est-à-dire la marche de la température.

Dans le type classique, ordinaire, le cycle fébrile comprend trois stades bien définis :

1° Progression graduelle de la température avec rémission matutinale.

2° Vers le cinquième jour de la maladie, température oscillant entre 39° 5 et 40° 5, c'est le commencement de la période d'état.

3° Enfin, défervescence. La température va en décroissant pendant 5 à 6 jours pour revenir à la normale.

A côté de ce type classique, il se rencontre plusieurs formes différentes de dothiéntérie. C'est, comme nous

l'avons déjà dit, la fièvre typhoïde à forme prolongée qui va nous occuper.

Auparavant, qu'il nous soit permis de présenter nos plus vifs remerciements à MM. les professeurs Hayem et Strauss, et MM. les D^{rs} de Saint-Germain, Moutard-Martin et Tenneson, pour les excellentes leçons qu'ils nous ont prodiguées pendant notre séjour dans leurs services.

Nous remercions également MM. les Médecins et Chirurgiens des hôpitaux du Havre pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée.

M. le D^r Gilbert nous a durant nos études éclairé de ses excellents conseils ; c'est d'après son avis et avec ses encouragements que nous avons entrepris ce travail, nous le prions de vouloir bien agréer l'expression de notre plus vive reconnaissance.

Nous prions M. le professeur Straus de croire à notre profonde gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

Les anciens auteurs ont beaucoup produit sur la fièvre typhoïde. Depuis la *febris semitertiana* de Galien, en passant par Bartholin, Sydenham, Hoffmann (1699), Richard Manningham (1746), etc., on arrive aux temps modernes, où les travaux de Broussais, de Louis, de Petit et Serre (1806) (Fièvre antéro-mésentérique), de Bretonneau, qui donne à cette affection le nom de dothiéntérie, font avancer la question de quelques pas, en laissant encore des vides qu'ont comblé dès maintenant les médecins de notre époque. Enumérer les praticiens qui se sont occupés de la fièvre continue serait un travail aussi long que fastidieux.

Au point de vue qui nous occupe aujourd'hui, nous trouvons, comme un des plus anciens écrivains médicaux ayant observé la fièvre prolongée, le Dr Hamernyk qui, en 1846, donnait comme cause de cette forme particulière une réabsorption des matières typhoïdes rejetées par l'intestin des malades. Maclagan (1871) s'est fait le très habile défenseur de cette théorie. Mais cette opinion, toute séduisante qu'elle soit, ne tient plus debout devant ce fait notoire que dans tous les cas de fièvre typhoïde, les produits mésentériques, qui sont identiques à ceux de l'intestin, sont absorbés sans qu'on ait pu observer un danger appréciable pour l'organisme.

De nos jours, un grand nombre d'observateurs et de savants ont publié des travaux sur le sujet qui nous intéresse. Il nous suffit de citer parmi les auteurs des plus récents travaux, les noms de MM. Jaccoud, Chantemesse, Juhel-Renoy, etc.

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

Les causes de la fièvre typhoïde prolongée ont donné lieu à diverses théories. Nous ne parlerons pas de celle de Hamernyk et Maclagan, dont nous avons donné la réfutation plus haut.

Avant d'aborder les autres opinions émises, il faut rappeler que la fièvre typhoïde prolongée se présente sous deux types bien distincts.

1° Type continu : l'affection se caractérise par une sorte de prolongation de la période d'état, et c'est cette prolongation qui donne à la fièvre continue la durée anormale.

2° Type à rechutes. : la maladie suit son cours comme si elle était normale ; puis, au moment où l'on croit la convalescence commencée, il se produit une nouvelle hausse de température et l'affection recommence son cours pour aboutir à une nouvelle période apyrétique qui peut être définitive ou dans quelques cas n'être que transitoire.

D'après quelques auteurs, dans le type à rechutes de dothiéntérie, il y a une deuxième et troisième fièvre continue, succédant à la première atteinte.

Cette théorie a été réfutée par l'observation attentive de la durée des périodes apyrétiques, durée qu'est presque toujours moindre que la période d'incubation normale.

Pour d'autres, la rechute serait constituée par un catarrhe gastrique ou une entéro colite. Mais cette opinion est encore plus facilement réfutable, car les deux affections précitées ne s'accompagnent jamais d'un état général aussi mauvais ni d'une élévation de température aussi marquée.

MARCHE. — DUREE

M. le professeur Jaccoud, dans ses leçons cliniques, assigne à la fièvre typhoïde prolongée une durée de 60, 70 et 90 jours. L'observation que nous publions a trait à une fièvre continue de plus de 100 jours.

Un fait important à noter, c'est que le maximum thermique est beaucoup plus précoce dans la rechute que dans la première atteinte. Sur 54 cas observés par M. Jaccoud on a :

34 fois le maximum thermique dans les 3 premiers jours

7	»	»	au 4 ^e jour.
4	»	»	au 5 ^e jour.
3	»	»	au 6 ^e jour.
1	»	»	au 7 ^e jour.
4	»	»	au 8 ^e jour.
1	»	»	au 10 ^e jour.

La forme prolongée continue, a un caractère de fréquence assez singulier en Irlande (Gordon). Cette forme, d'une durée de 60 à 70 jours, a été appelée fièvre nerveuse.

Murchison donne comme durée moyenne 53 jours. Parmi les cas observés par cet auteur, la durée la plus courte a été de 36 jours et la plus longue de 87 jours. Cet auteur a également remarqué que l'éruption se fait d'ordinaire plus tôt dans la deuxième attaque que dans la première. Elle se fait du quatrième au cinquième jour.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions trouvées à l'autopsie d'individus morts de fièvre typhoïde prolongée ne diffèrent guère de celles que l'on trouve chez les décédés par dothiéntérie ordinaire.

Nous savons que c'est dans la dernière partie de l'iléon que siègent les lésions caractéristiques.

Les plaques de Peyer, pour s'ulcérer, passent par divers stades :

1° Stade de congestion, qui se rencontre principalement chez les enfants.

2° Stade d'infiltration lymphatique, dans lequel on remarque des plaques molles et des plaques dures.

Les plaques molles font un relief variable, à contours nets, ayant une apparence marbrée, avec une surface boursouflée et une sensation tomenteuse au toucher.

Les plaques dures ont une constitution analogue, seulement le tissu infiltré est plus consistant, d'une couleur blanc rosé.

3° *Stade d'ulcération.* — Ce stade commence vers le douzième jour. Il se présente surtout dans les cas graves. Tantôt l'ulcération se forme graduellement, tantôt elle succède à la chute en masse d'une eschare plus ou moins étendue.

Dans le cas spécial qui nous occupe, l'opinion la plus

généralement admise est celle-ci. L'inflammation s'attaque aux plaques de Peyer en procédant par poussées successives.

Si les plaques ne s'infiltrant que lentement, mettant à gagner le stade d'ulcération un temps double ou triple du temps normal, on a alors affaire à une fièvre typhoïde à type continu, la lenteur que mettent les tissus à s'infiltrer expliquant la longue durée du stade amphibole.

A l'autopsie, on trouve la muqueuse intestinale creusée d'anfractuosités limitées par des bords très nets et sail-lants, et dont le fond est parsemé de vascularisations.

Mais comme nous l'avons déjà dit, l'autopsie d'un individu mort de fièvre typhoïde prolongée, soit à rechutes, soit continue, ne donne pas de lésions spéciales, et rien ne peut faire distinguer ces lésions de celles que l'on trouve dans la dothiéntérie commune.

Il est très curieux de remarquer que dans certains cas, après la guérison de la fièvre typhoïde, on a retrouvé dans quelques points de l'organisme le bacille typhique.

C'est ainsi qu'une ostéo-périostite opérée plusieurs mois après la guérison de la fièvre contenait le bacille d'E-berth.

Dans un autre cas, un abcès de la cavité péritonéale survenu 4 mois et demi après le début de la maladie, recélait également le bacille typhique.

Le pus retiré en contenait une grande quantité.

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. le D^r Gilbert, professeur agrégé de la Faculté.

Jean Godron, âgé de 43 ans, profession infirmier, entré le 29 novembre 1892.

Le malade est un homme usé, beaucoup plus vieux que ne le comporte son âge. Il dit avoir éprouvé de très grands chagrins. Après avoir vécu dans une bonne situation d'éducation et de fortune, il s'est vu abaissé par les circonstances à remplir les fonctions d'infirmier.

A son entrée à l'hôpital, soignant des malades atteints de fièvre typhoïde, il l'a lui-même contractée, et s'est alité le 29 novembre 1892.

Dès le début, l'affection s'est annoncée grave. L'attention était attirée vers le cœur, car la pulsation radiale était très faible, mais les bruits cardiaques étaient normaux, bien qu'un peu accélérés et mollement frappés.

Au cours de la maladie, qui a été traitée par les bains froids, à cause de l'hyperthermie, les accidents cardiaques ont pris une très grande importance.

Le pouls, très petit (à tel point qu'un jour on avait peine à le trouver), était d'une extrême fréquence. Après être longtemps resté entre 110 et 120 pulsations, qui devenaient plus fréquentes dans les mouvements du malade, il a été jusqu'à 150 pulsations.

L'auscultation du cœur révélait en même temps de l'embryocardie très nette et qui a très longtemps persisté. La faiblesse du premier bruit a été jusqu'à l'impossibilité de sa perception pendant plusieurs jours. Ces accidents persistaient encore, quoique

moins intenses, à la fin de la maladie, sans que le malade en ressentît aucunement le contre-coup, et la convalescence est survenue dans les mêmes conditions que chez tout autre typhique.

Cette convalescence, commencée le 30 décembre, est interrompue par une rechute le 11 janvier.

N'ayant pas eu l'occasion d'examiner le malade tout au début de sa fièvre typhoïde et ne l'ayant trouvé qu'avec les symptômes cardiaques que nous avons énumérés, on ne peut dire dans quel état était ordinairement son pouls. — Il est en tous cas resté très petit, mais régulier, et sa fréquence est normale.

Le 29 janvier, la pression artérielle, évaluée au sphygmomano-mètre, oscille entre 12° et 13°. Urines 3 litres.

6 février. — Urines 1 l. 200. — Même état.

7. — Urines 1 l. 800. — Rien de particulier.

8. — Urines 1 l. 100. — Pouls 92. Petit, assez régulier. — Même état.

9. — Urines 1 l. 700. — Pouls 88. — Rien à noter.

10. — Urines 1 l. 600. — Pouls 90. — Même état.

11. — Urines 1 litre. — Pouls 104.

La fièvre baisse un peu.

12. — Urines 1 l. 300. — Pouls 92. — Rien à noter.

13. — Urines 1 l. 500. — Pouls 86.

La fièvre est tombée à 37° le matin.

14. — Urines 2 l. 200. — Pouls 88. — Même état général.

15. — Urines 1 l. 300. — Pouls 96.

La fièvre est remontée.

16. — Urines 2 l. 800. — Pouls 104.

17. — Urines 1 l. 600. — Pouls 102.

18. — Urines 2 l. 800. — Pouls 90. — Rien de particulier.

19. — Urines 2 l. 800. — Pouls 100.

20. — Urines 1 l. 800 — Pouls 102.

21. — Urines 2 l. 900. — Pouls 96.

22. — Urines 2 l. 900. — Pouls 108.

23. — Urines 3 l. 100. — Pouls 98.

24. — Urines 3 l.

Cette véritable crise diurétique coïncide avec la chute de la fièvre qui depuis deux jours est à 37°. Le pouls, à 82, est notamment relevé. Bien-être général. Tension 13 1/2.

25. — Urines 3 l. 900. — Pouls 80. — L'amélioration continue.

26. — Urines 3 l. 100. — Pouls 82. Même état.

27. — Urines 3 litres. — Pouls 94.

28. — Urines 3 l. 1/2. — Pouls 94.

29. — Urines 5 l. 1/2. — Pouls 96. — On donne un œuf.

1^{er} mars. — Urines 3 l. 1/2. — Pouls 100.

Depuis le commencement de la crise urinaire, coïncidant avec la défervescence, l'état général s'est maintenu très bon. Aujourd'hui encore, on donne un œuf en plus du régime lacté. Malheureusement le soir, élévation de la température sans cause apparente.

2. — Urines 6 litres. — Pouls 106.

L'état général est encore satisfaisant; aucune lésion appréciable qui puisse expliquer la température : 38°,1 matin, 39°,2 soir.

3. — Urines 6 litres. — Pouls 108.

Toujours aucune cause apparente, sauf l'hypothèse d'une rechute pour expliquer la haute température : 38°,6 matin, 39°,4 soir.

Le malade ne souffre pas; il est seulement plus abattu; on supprime l'œuf, et on donne le régime lacté absolu.

4. — Urines 4 litres. — Pouls 106.

Haute température. Abattement plus marqué.

5. — Urines 4 litres. — Pouls 104.

5. — Le malade a une syncope le matin en voulant s'asseoir, il est très déprimé.

6. — Urines 4 l. 1/2. — Pouls 104.

Le malade va plutôt mieux, mais la température reste élevée.

7. — Urines 2 l. 1/2. — Pouls 110.

Tension artérielle 14.

Peu de modifications de l'état général.

8. — Urines 2 l. — Pouls 100.

9. — Urines 1 l. 800. — Pouls 102. — Rien à noter.

10. — Urines 2 l. 200. — Pouls 100.

11. — Urines 1 l. 600. — Pouls 100.

12. — Urines 1 l. 400. — Pouls 98. — Même état.

13. — Urines 2 l. 100. — Pouls 100.

14. — Urines 1 l. 500. — Pouls 92. — Rien à noter.

15. — Pouls 84. — Urines 2 l. 300.

La cactine, qu'on avait employée jusqu'à ce jour (sauf pendant le semblant de convalescence) semble n'avoir que fort peu d'action sur le pouls de ce malade et les modifications dans la sécrétion urinaire sont également frustes.

16. — Urines 1 l. 600. — Pouls 92.

Chute de la température à 37°. Peu de modification de l'état général; le malade ne souffre pas, mais reste toujours somnolent.

17. — Urines 1 l. 800. — Pouls 94.

Temp. matin 37°8.

— soir 38°6.

La variation en plus ou en moins des pulsations ayant coïncidé avec une marche semblable de la température semble plutôt due à celle-ci qu'à la cactine.

18. — Urines 1 l. 700. — Pouls 78.

19. — Urines 2 l. — Pouls 82.

Rien à noter. On supprime la cactine.

20. — Urines 3 l. 250. — Pouls 180.

Température autour de 37°.

21. — Urines 3 l. 300.

22. — Urines 3 l. 500. — Pouls 70.

La température reste normale et cette chute de la fièvre s'accompagne d'une nouvelle crise diurétique avec diminution notable du nombre des pulsations.

23. — Urines 4 l. — Pouls 96. — L'état général s'améliore.

24. — Urines 4 l. 500. — Pouls 69.

25. — Urines 3 l. 800. — Pouls 86.

26. — Urines 3 l. — Pouls 82.

Le mieux va en s'accroissant.

27. — Urines 3 l. — Pouls 84.

28. — Urines 4 l. 200. — Pouls 95.

29. — Urines 4 l. — Pouls 96.

Le mieux persiste. On donne un œuf au malade.

30. — Urines 3 l. 800. — Pouls 80.

31. — Urines 3 l. 100. — Pouls 82.

Le malade se trouve très bien et commence à se lever. On lui donne 2 œufs par repas.

1^{er} avril. — Urines 4 l. — Pouls 88. — Rien de particulier.

2. — Urines 4 l. — Pouls 81.

3. — Urines 3 l. 500. — Pouls 84. — On ajoute une côtelette.

4. — Urines 3 l. 500. — Pouls 84.

5. — Urines 3 l. 800. — Pouls 92. — Même état.

6. — Urines 2 l. 800. — Pouls 88.

7. — Urines 3 l. — Pouls 84.

On permet le pain au malade.

8. — Urines 3 l. 600. — Pouls 102. — Même état. — Même traitement.

9. — Urines 4 l. 150. — Pouls 98.

On met le malade à un degré et au lait.

10. — Urines 4 l. — Pouls 84.

11. — Urines 4 l. 550. — Pouls 84. — Même état (très bon).

12. — Urines 2 l. — Pouls 90.

La crise diurétique semble finie ; l'état général est excellent.

13. — Urines 2 l. 400. — Pouls 92. — Même état général.

14. — Urines 3 l. — Pouls 84.

15. — Urines 3 l. 200. — Pouls 90.

16. — Urines 2 l. 800. — Pouls 96. — Même état. Même traitement.

17. — Urines 4 l. — Pouls 88.

18. — Urines 3 l. — Pouls 100.

19. — Urines 2 l. 200. — Pouls 86.

20. — Urines 3 l. 200. — Pouls 84.

21. — Urines 3 l. 300. — Pouls 88.

22. — Urines 3 l. — Pouls 88.

Rien à noter.

A partir de ce moment jusqu'au 25 mai, époque à laquelle le malade part pour Vincennes, l'état a toujours été en s'améliorant. La guérison est définitive.

En résumé, le malade a commencé sa fièvre typhoïde le 29 novembre 1891. Il a été traité par les bains froids.

Le 28 décembre, la température oscille entre 37° et 38° ; la maladie semble terminée.

Première rechute le 10 janvier. Même traitement (bains froids) jusqu'à la fin de janvier, puis jusqu'au 21 février, on fait des lotions vinaigrées.

Le 1^{er} mars, deuxième rechute jusqu'au 20 mars. Lotions vinaigrées.

Puis, convalescence longue et pénible.

La durée totale de la maladie a été de 3 mois et 3 semaines.

OBSERVATION 1

Température du malade.

Jours	Temp. matin	Temp. soir.
Nov. 29	»	40°
30	39°8	40°2
Déc. 1	39 5	39 6
2	38 4	39
3	37 8	39 6
4	38 6	39 8
5	39 4	39 8
6	39 4	39 6
7	38 4	39 6
8	39	40
9	37 8	38 6
10	38 8	39 4
11	38 4	38 4
12	38 4	39 2
13	38 5	39 2
14	38 4	38 8
15	37 8	38 6
16	37 8	38 4
17	38 2	39
18	37 5	38 8
19	38 6	38 4
20	38 6	38 4
21	38	38 3
22	38 3	38 5
23	38	38 4
24	37 8	37 9
Callet		4

Jours	Temp. matin	Temp. soir.
Déc. 25	37°6	37°8
26	37 8	38 2
27	37 8	38.
28	35 8	37 9
29	37 6	37 8
30	37 6	37 6
31	37 6	37 4
Janv. 1	37 4	37 2
2	37 6	37 2
3	37 4	37 2
4	37 4	37 3
5	37 2	37 6
6	37 2	37 6
7	37	37 2
8	37	37 6
9	37 2	37 8
10	38 2	39 2
11	37 5	38 4
12	37 7	38 8
13	37 8	38 8
14	38 3	38 6
15	37 5	38 6
16	37 6	38 7
17	37 7	38 4
18	37 8	38 8
19	37 9	38 7
20	37 8	38 7
21	37 5	39
22	37 6	39 2
23	38 1	38 8
24	37 8	38 4

Jours	Temp. matin	Temp. soir.
Janv. 25	37°6	38°3
26	37 4	38 1
27	37 5	38 3
28	37 8	38 4
29	37 6	38 5
30	38	39
31	38	39
Février 1	37 6	38 6
2	37 6	38 6
3	37 7	38 8
4	37 8	38 5
5	37 5	38 6
6	37 7	38 5
7	37 8	38 4
8	37 5	39
9	37 6	38 6
10	37 4	38 3
11	37 2	38 2
12	36 8	38 2
13	37	38
14	36 6	38 2
15	37 4	38 2
16	39 3	38 2
17	37	37 9
18	37 2	38 2
19	37 4	37 6
20	37 4	38 4
21	37 3	37 8
22	37	36 8
23	36 5	36 9
24	36 7	37

Jours		Temp. matin	Temp. soir.
Février	25	36° 8	37° 1
	26	37	37 2
	27	37	37 5
	28	37 2	37 4
	29	37 2	37 4
Mars	1	37 3	38 2
	2	37 9	39 2
	3	38 6	39 4
	4	38 6	39 4
	5	39	39 2
	6	38 6	39 3
	7	39 2	39 6
	8	38 4	38 8
	9	38 6	39
	10	39 2	39
	11	39 1	39 4
	12	39 2	39 6
	13	38 6	38 8
	14	38 6	38 8
	15	36 8	36 6
	16	37 6	39 2
	17	37 8	38 6
	18	36 8	37 6
	19	36 4	38 4
	20	36 2	37 4
	21	36	36 4
	22	36 2	36 4
	23	36	36 8
	24	36	36 4
	25	36	36 4
	26	37 6	36 4

	Jours	Temp. matin	Temp. soir.
Mars	27	36°	36°6
	28	36	36 4
	29	36 4	36 8
	30	36	36 6
	31	36 2	36 8
Avril	1	36 4	36 8
	2	36 6	37
	3	36 4	37 4
	4	36 6	37 2

OBSERVATION I

In thèse de Gromolard, 1882.

Philippe Q..., ouvrier tailleur, âgé de 16 ans, très fort pour son âge.

21 décembre. — Epistaxis, pas de vomissements. Céphalalgie. Insomnie. Diarrhée noirâtre. Anorexie complète. Prostration.

31. — La céphalalgie persiste. Langue blanche, rosée sur les bords, soif vive. Anorexie absolue. Ventre douloureux.

Gargouillement dans la fosse iliaque droite. Pas de taches lenticulaires. Dans la nuit précédente, 10 selles en diarrhée. Pas d'albumine. Rien aux poumons, ni au cœur. Pouls 90°. Dicrotisme très franc.

1^{er} janvier. — Nuit calme, 5 selles. Décubitus latéral. Pas d'éruption. Pas de selles dans la journée.

Pouls : 100 pulsations.

Température 38° matin, 40° soir.

2. — 3 selles. Céphalalgie moins intense. Langue blanche.

3 taches rosées sur l'abdomen.

Temp. 39° 2 matin, 40° 2 soir.

3 janvier. — Epistaxis le matin. 3 à 4 selles en diarrhée pendant la nuit. Autant pendant le jour.

Le malade se lève seul pour aller à la garde-robe.

Taches rosées plus nombreuses.

Pouls : 100 pulsations.

Tempér. 39° matin, 40° 2 soir.

4. — Délire de parole la nuit. Diarrhée persistante : 5 selles.

Pouls régulier très faible, 50 pulsations.

Température matin 39° 6, soir 40°.

5. — Délire moins marqué, 2 selles dans la journée. Pouls 80°.

Température 39° 6, soir 39° 8.

6. — Pas de délire. Langue sèche à la pointe. Le malade paraît plus fort. Faciès bon. Décubitus latéral alternativement droit et gauche. Pas de diarrhée. Tache.

Pouls 100 matin, 140 soir.

7. — Délire de parole. 6 à 7 selles diarrhéiques la nuit. Nouvelles taches fort nombreuses.

Rien aux poumons ni au cœur.

Etat général bon. Le malade demande à manger. On lui donne du lait et du bouillon.

8 janvier. — Subdélirium, 10 selles en diarrhée la nuit. Pas de selles dans la journée. Dicrotisme. 100 pulsations.

10. — 5 à 6 selles la nuit. Ventre souple mais douloureux à la pression au niveau de la fosse iliaque droite. Pas de selles dans la journée. Les taches restent visibles. Pouls très faible. 100 pulsations.

11. — Grand calme, 3 selles la nuit. Le matin, le malade demande à manger. Lait et bouillon. La convalescence s'annonce comme prochaine.

Température matin 37° 5. Soir 39°.

12. — 2 selles la nuit. Etat général bon. Le malade réclame à manger. Pas de selles dans la journée. 2 ou 3 taches persistent sur l'abdomen. Lait. Bouillon.

13. — 3 selles la nuit. Langue rouge. Ventre ballonné. Quelques râles sibilants au sommet gauche en avant. Pouls petit et dépressible.

14. — Plus de diarrhée la nuit. Décubitus latéral. 3 selles normales.

15. — Une selle la nuit. Vers 4 heures du soir, frissons. Mal de tête. Taches rosées récentes.

16. — Pas de sellés la nuit. Langue humide. Fosse iliaque droite douloureuse à la pression. Frissons. Légère somnolence.

17. — Le malade est moins bien. Réponses plus lentes. Le soir céphalalgie, coloration des pommettes. Rate volumineuse. Pouls 110. Sulf. de quinine 0 gr. 70.

18. — Même état.

19. — Malade très bien; on espère de nouveau la convalescence.

20. — Céphalalgie. Frissons le soir. Pas de diarrhée. Pouls dicrote : 120 pulsations.

26. — Trente-quatrième jour de maladie. Matin 37° 6. Soir 40° 4. Céphalalgie. Frissons. Taches rosées sur l'abdomen et le devant de la poitrine. Subdélirium.

28. — Taches rosées nouvelles. Pouls 108. Rate douloureuse à la pression. Pas de diarrhée.

29. — Plus de céphalalgie. 2 selles moulées. Faciès très bon. Cependant, la température est 38° 8 matin, 40° 4 soir. Pouls 120.

3 février. — Quarante-deuxième jour de maladie. Epistaxis.

5. — Epistaxis. Taches rosées.

Du 16 au 20 février, le malade se lève quelques instants et reste assis dans un fauteuil.

20. — Cinquante-huitième jour de maladie. La famille du malade le réclame.

Les renseignements donnés ultérieurement par la famille indiquent encore 12 jours de fièvre. Il y a eu du spasme de l'œsophage.

Durée totale de la maladie, 70 jours.

OBSERVATION II

Température du malade.

Jours de maladie.	Temp. matin	Temp. soir.
7	»	40°
8	39	40
9	39 3	40 2
Taches rosées 10	38 9	40 2
11	39 8	40
12	39 5	39 9
13	39	40 3
14	39 3	39 7
15	38 6	40 3
16	38 6	40 2
17	38 7	39 8
18	37 8	39
19	37 7	39 6
20	37 6	39
21	37 8	39 2
22	38	39 2
23	38 4	39 4
Taches récentes 24	38 8	40 6
25	38 9	39 8
26	37	38 5

	Jours de maladie	Temp. matin	Temp. soir
Taches récentes	27	39°4	39°5
	28	38	39 6
	29	37 7	39 2
	30	37 5	39 4
	31	37 8	39 6
	32	38 4	38 8
	33	37 2	40 4
	34	38 2	40
Taches rosées	35	38 2	39 2
	36	38 8	40 4
	37	38 6	39 8
	38	38 2	39 3
Epistaxis	39	38	40 2
	40	38	40
	41	38 4	40
Epistaxis	42	38 4	40 4
	43	38 8	39 8
	44	38 4	39 6
	45	38 4	38 8
Taches rosées	46	37 6	39
	47	37 4	38 3
	48	37	38
	49	37	38 2
	50	37 1	38 2
	51	37 6	39 4
	52	36 9	39
	53	37	39 1
	54	37	38 4
	55	37	38 4
	56	37 5	39 4
	57	37	

M. Chantemesse (*In Société médicale des hopitaux*, 1890) résume l'histoire d'un malade dont l'affection a présenté une durée encore plus grande que celle des deux cas que nous venons de citer. Nous ne croyons pas qu'il y ait dans la science d'exemple de fièvre continue s'étant prolongée si longtemps.

Le malade, durant cinq mois n'a pas cessé de présenter les symptômes d'une fièvre typhoïde classique. De temps en temps, des ébauches de convalescence sont survenues, d'une durée n'excédant jamais plus de huit à dix jours. Chacune des rechutes, succédant au stade apyrétique, s'est accompagnée de diarrhée, de gonflement de la rate et de taches rosées lenticulaires.

CONCLUSIONS

La fièvre typhoïde à forme prolongée peut se rapporter à deux types.

Premier type. — Les accidents se renouvellent pendant toute la durée de la maladie, la température reste élevée, et il n'y a pas de stade apyrétique. C'est la fièvre typhoïde prolongée à type continu.

Deuxième type. — L'affection suit son cours comme dans la dothiéntérie classique; puis, après une période apyrétique de courte durée, la maladie recommence un nouveau cycle qui peut même se représenter une troisième fois.

La fièvre typhoïde prolongée, que ce soit le type à rechutes ou le type continu, est probablement due au temps que met l'agent infectieux à envahir l'organisme.

Quoi qu'il en soit, malgré sa longue durée, la fièvre typhoïde à forme prolongée donne lieu à un pronostic assez favorable.

Vu par le Président de la thèse,
STRAUS

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
CRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Jaccoud. — Clinique médicale.

Murchison. — Traité de la fièvre typhoïde.

Gromolard. — Thèse 1882.

Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux, 1890.

Dictionnaire de Jaccoud.

Dictionnaire de Dechambre.

